

様式第 1 号（第 6 条関係）

（表）

家具転倒防止器具等取付費補助金交付申請書

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電 話

標記の補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

	ふりがな 氏 名 (生年月日)	第 3 条第 2 号要件区分
世帯主	(年 月 日)	☐ 6 5 歳以上 ☐ 要介護状態区分 2 以上 ☐ 身体障害 1 級・2 級 ☐ 知的障害 A 1・A 2 ☐ 精神障害 1 級 ☐ その他 ()
	(年 月 日)	☐ 6 5 歳以上 ☐ 要介護状態区分 2 以上 ☐ 身体障害 1 級・2 級 ☐ 知的障害 A 1・A 2 ☐ 精神障害 1 級 ☐ その他 ()
世帯主以外の世帯員	(年 月 日)	☐ 6 5 歳以上 ☐ 要介護状態区分 2 以上 ☐ 身体障害 1 級・2 級 ☐ 知的障害 A 1・A 2 ☐ 精神障害 1 級 ☐ その他 ()
	(年 月 日)	☐ 6 5 歳以上 ☐ 要介護状態区分 2 以上 ☐ 身体障害 1 級・2 級 ☐ 知的障害 A 1・A 2 ☐ 精神障害 1 級 ☐ その他 ()

(裏)

住宅区分	☐ 持ち家 ☐ 借家・借間 ☐ その他
------	--

※住宅区分が持ち家以外の場合は、所有者又は管理者の同意が必要です。

申請者が家具転倒防止器具等を設置することに同意します。

年 月 日

所有者又は管理者 住所_____

氏名_____

添付書類

- 1 世帯員全員の記載のある住民票の写し
- 2 第3条第2号イからオまでのいずれかの世帯に該当することが確認できる書類の写し
- 3 その他市長が必要と認める書類